

Hitna stanja u psihijatriji

Emergency Psychiatry

DUNJA DEGMEČIĆ

Klinika za psihijatriju, KBC Osijek, MF Osijek

SAŽETAK Stanje ugroženog ili neugroženoga tjelesnog zdravlja koje snažno remeti njegovu psihosocijalnu egzistenciju i nalaže hitnu terapijsku intervenciju hitno je stanje u psihijatriji. Hitno stanje karakteriziraju akutni poremećaji mišljenja, raspoloženja, ponašanja ili socijalnih odnosa. Najčešće se radi o stanjima suicidalnosti, akutne psihotične epizode, akutne anksioznosti, nasilnog ili impulzivnog ponašanja, psihomotorne agitacije ili uzbuđenosti, delirija, intoksikacije psihoaktivnim tvarima te o malignome neuroleptičkom sindromu. U radu je opisano svako od navedenih hitnih stanja pojedinačno uz preporuke za terapijski pristup u specifičnim situacijama. Cilj je psihofarmakologije hitnih stanja u psihijatriji u što kraćem vremenu postići smirivanje bolesnika te sniziti rizik od ozljeđivanja i njega i okoline. Najčešće se primjenjuju kombinacije antipsihotika i benzodiazepina.

KLJUČNE RIJEČI: hitna stanja, psihijatrija, suicidalnost, agitacija, agresija, delirij, intoksikacija, maligni neuroleptički sindrom

SUMMARY Emergency conditions in psychiatry are characterized by acute disorders of cognition, affectivity, behaviour and interpersonal functioning. Symptoms and conditions behind psychiatric emergencies require immediate psychiatric interventions. Emergency conditions requiring psychiatric interventions may include attempted suicide, acute psychotic episodes, acute anxiety attacks, violence or other rapid changes in behaviour, psychomotoric agitation or aggression, delirium, drug intoxication and malignant neuroleptic syndrome. In this paper, the mentioned emergency conditions as well as the treatment recommendations are explained in detail. The therapeutic aim in emergency psychiatry encompasses crisis stabilization and prevention of potentially life-threatening conditions in a shortest time possible. The mostly used emergency medication consists of a combination of antipsychotics and benzodiazepines.

KEY WORDS: emergency states, psychiatry, suicidality, agitation, aggression, delirium, intoxication, malignant neuroleptic syndrome

Uvod



Hitno stanje u psihijatriji definira se kao akutni poremećaj mišljenja, raspoloženja, ponašanja ili socijalnih odnosa koji nalaže neposrednu intervenciju (1).

Najčešće se radi o stanjima akutne psihoze, akutne anksioznosti, nasilnog ili impulzivnog ponašanja, psihomotorne agitacije ili uzbuđenosti ili, pak, suicidalnosti.

Hitna stanja su ona koja neposredno ugrožavaju biološki integritet bolesnika, odnosno remete njegovu psihosocijalnu egzistenciju i opasna su za bolesnika ili njegovu okolinu (2). Dakle, hitna stanja u psihijatriji sva su ona stanja u kojima bi nepoduzimanje intervencije ili njezino odgađanje na duže vrijeme moglo dovesti do ozbiljne opasnosti za bolesnika i njegovu okolinu. Hitna psihijatrijska stanja nalažu 24-satnu opservaciju bolesnika i mogućnost njegova fizičkog sputavanja i odvajanja (3).

U hitna stanja u psihijatriji ubrajaju se:

- **psihomotorni nemir i agresivno ponašanje (agitacija)**
- **suicidalno ponašanje**
- delirij (alkoholni delirij, atropinski delirij)
- intoksikacija alkoholom (akutno pijano stanje)

- patološko pijano stanje
- intoksikacija psihoaktivnim tvarima (opiodima, kokainom, kanabinoidima)
- akutno psihotično stanje
- akutna anksiozna stanja (panični napadaj)
- akatizija
- maligni neuroleptički sindrom.

Razlog za hitno bolničko liječenje na psihijatriji svakako su **agresivno ponašanje sa psihomotornim nemirom i suicidalne misli i ponašanje**. Sva ostala stanja relativna su indikacija za bolničko zbrinjavanje, ali ne nužno na psihijatriji. Sve intoksikacije, kao i maligni neuroleptički sindrom, indikacija su za opservaciju ili bolničko liječenje na internističkim odjelima ili u jedinicama intenzivne skrbi.

Stanja psihomotornog nemira (agitacije) i agresivnosti

Stanje psihomotorne uzbuđenosti (agitiranost, agitacija – od latinskog *agitare* – micati, tjerati, poticati) opisuje se kao nemir, odnosno stanje unutarnje napetosti koje se ne može protumačiti vanjskim utjecajem, dok se agresivnost defi-

nira kao ponašanje koje se očituje neprijateljskom akcijom prema osobama i predmetima. Agresivno ponašanje može se javiti u sklopu brojnih različitih bolesnih stanja (psihoze, akutne intoksikacije, poremećaji osobnosti, organski mentalni poremećaji), često i u posljedično egzogenim frustrativnim situacijama. Agresiju mogu izazvati zapreke, konflikti i doživljaji osobne ugroženosti (4, 5). Prediktori odnosno pokazatelji povišenog rizika od agresivnog ponašanja jesu prethodni agresivni postupci i ispadi, kao i kriminalna djela te prekomjerna konzumacija alkohola ili psihoaktivnih tvari (6). Izuzetno je važno utvrditi ima li bolesnik sumanute misli, halucinacije, u kakvom je afektivnom stanju te promotriti njegovo motoričko ponašanje. Očiti prijeteći znakovi agresivnosti jesu razdražljivost bolesnika i intenzivni nemir (7).

U pristupu agitiranoj i agresivnoj osobi važno je procijeniti potencijalnu opasnost za samog bolesnika te stupanj i neposrednu ugroženost osoba i okoline od bolesnika. Nadalje, potrebno je poduzeti mjere kojima će se postignuti sigurnost osoblja i osoba koje su u vezi s bolesnikom. Također bi bilo dobro da su pri pristupu agitiranoj, nasilnoj i agresivnoj osobi prisutne osobe (djelatnici) koji su prošli edukaciju u smislu potrebe fizičkog svladavanja bolesnika (7). Važno je utvrditi uzrok stanja psihomotornog nemira i agresivnosti (tablica 1.).

Tablica 1. Stanja koja mogu uzrokovati agitaciju:

AGITACIJA	STANJE / UZROK
Agitacija posljedično općemu tjelesnom stanju	Trauma glave
	Encefalitis, meningitis ili druga infekcija
	Encefalopatija (jetrena ili bubrežna insuficijencija)
	Izlaganje okolišnim toksinima
	Metabolički disbalans (npr., hiponatremija, hipokalcemija, hipoglikemija)
	Hipoksija
	Bolesti štitnjače
Agitacija zbog intoksikacije/sustezanja	Epileptički napadaji (postiktalno)
	Toksične razine lijekova
Agitacija u sklopu psihijatrijske bolesti	Alkohol
	Uporaba psihoaktivnih tvari
	Psihotični poremećaji
	Manija
	Agitirana depresija
	Anksiozni poremećaji

Svaka akutno nasilna i agresivna osoba nalaže neodgodivu intervenciju, a ako se ne radi o psihijatrijskom ili tjelesnom poremećaju, tada osoba spada u ovlast policije.

No, ako se radi o osobi koja boluje od podležće psihijatrijske ili tjelesne bolesti, nužno je intervenirati razgovorom, farmakološkom terapijom, a vrlo su često potrebni bolničko liječenje i fizičko sputavanje (8).

Farmakoterapija se u takvim stanjima daje kako bi se u što kraćem vremenu bolesnik smirio i snizio rizik od ozljeđivanja i njega i okoline. Najčešće se primjenjuju kombinacije antipsihotika i benzodiazepina. Tehnika liječenja kojom se to postiže jest brza trankvilizacija. Od benzodiazepina moguće je dati diazepam ili lorazepam *per os* ili *iv.*, no u slučaju *iv.* aplikacije potreban je dodatan oprez s obzirom na moguće neželjene komplikacije. Od antipsihotika može se primijeniti haloperidol u dozi od 5 do 10 mg *im.*, a doze se uz povećan oprez individualno prilagođavaju ovisno o intenzitetu simptoma i situaciji. Uvijek treba imati na umu i moguće neželjene učinke ordiniranih psihofarmaka. Nakon smirivanja bolesnika doze se postupno snižavaju te se i cjelokupna terapija prilagođava kliničkoj slici i simptomima koje bolesnik kasnije pokazuje (7, 9).

Nakon trankvilizacije potrebno je pratiti tjelesne funkcije – disanje, puls, krvni tlak, tjelesnu temperaturu. Moguće komplikacije farmakoterapije hitnih stanja jesu: depresija disanja, kardiovaskularne komplikacije (produženje QTc-a, aritmije, hipokalemija, hipotenzija), ekstrapiramidne nuspojave, neuroleptički maligni sindrom, paradoksalne reakcije na benzodiazepine (10).

Suicidalno ponašanje

Prema podacima SZO-a, u svijetu milijun ljudi na godinu počinu suicid pri čemu globalna stopa iznosi 16/100.000. Drugim riječima, svakih 40 sekunda u svijetu se počinu jedan suicid.

U posljednjih 50 godina u svijetu je stopa suicida porasla za 60% (zemlje u razvoju), a u zemljama Azije počinu se 60% ukupnog broja suicida u svijetu. Također, prema podacima SZO-a, vodeće mjesto na ljestvici stope suicida zauzimaju zemlje bivšeg Istočnog bloka: Litva, Bjelorusija, Rusija, Kazahstan. Posljednjih godina dominira trend povišenja stope samoubojstava mlađih muškaraca, u dobi od 15 do 34 godine, a suicid je među deset najčešćih uzroka smrti u većini europskih zemalja. U našoj zemlji samoubojstvo je velik javnozdravstveni problem jer je Hrvatska procijenjena kao zemlja s visokim suicidalnim rizikom te na međunarodnoj ljestvici zauzima sedamnaesto mjesto, što je relativno visoka pozicija (11). Osobe ženskog spola češće pokušavaju počinu suicid, dok ga muškarci češće čine. Naime, u razvijenim zemljama muškarci 2 – 4 puta češće čine suicid, dok ga žene 2 – 3 puta češće pokušavaju počinu (12).

Procjena i tretman psihopatoloških stanja koja su vrlo često

u podlozi suicidalnom ponašanju, kao i procjena prevencije istih obrazaca ponašanja uloga su i zadaća hitne psihijatrije. Potrebna je procjena niza čimbenika koji mogu utjecati na život pojedinca. Prema podacima iz literature, faktori povezani s povišenim rizikom od samoubojstva jesu muški spol, dobna skupina iznad 45 godina, konzumiranje alkohola, sklonost nasilnom ponašanju te prethodni pokušaji i prethodne hospitalizacije zbog suicidalnog ponašanja. Gubitak važnih životnih funkcija i uloga povezani su sa stopom suicida, npr., nezaposlenost, smanjenje pokretnosti, teške i neizlječive tjelesne bolesti (7). U podlozi počinjenih suicida u gotovo 95% slučajeva postojale su psihičke bolesti poput depresije, shizofrenije, demencije ili delirija, alkoholizma, zlorabe psihoaktivnih tvari, a mogu nastati i nakon akutnoga stresnog događaja (6).

Pri procjeni je najvažnije prepoznati suicidalnost, procijeniti suicidalni rizik, postaviti kliničku dijagnozu, odabrati i provesti najadekvatniji tretman te isključiti tjelesne bolesti koje povisuju suicidalni rizik.

Postupci i zbrinjavanje suicidalnog bolesnika uključuju i procjenu intenziteta suicidalnih ideja, sposobnosti bolesnika i članova njegove obitelji da riješe probleme te procjenu situacije u socijalnom okruženju. Bolesnik kod kojeg se postavi sumnja na moguće suicidalno promišljanje i ponašanje treba liječenje u bolničkim uvjetima i tretman psihičkog poremećaja koji je u podlozi takvog ponašanja.

Delirantni bolesnik

Delirantno stanje organski je mentalni poremećaj koji je hitno stanje u psihijatriji, internoj medicini i neurologiji (13). Najčešći uzroci delirija jesu delirantna stanja kod alkoholizma, hipertenzivna encefalopatija, hipoglikemija, hipoperfuzija mozga, hipoksemija, intrakranijalna krvarenja, meningitis/encefalitis, endokrinološke bolesti, intoksikacija lijekovima (14). Osnovno je u liječenju pronalaženje uzroka i ciljano simptomatsko liječenje. Potrebno je obratiti pažnju na vitalne znakove, stanje kardiovaskularnog i respiratornog sustava, elektrolitski i neurološki status (15).

Alkoholni delirij

Alkoholni delirij naziva se *delirium tremens*, a pojavljuje se nakon naglog prestanka uzimanja alkohola. Simptomi nastaju nakon nekoliko dana (48 – 72 sata) od prestanka pijenja alkohola, a mogu trajati od nekoliko sati do više dana. *Delirium tremens* najčešća je akutna psihoza alkoholičara (16). Kod nekih bolesnika kao početni znak alkoholnog delirija mogu se javiti konvulzije tipa *grand mal*. Predelirantni su simptomi nesanica, noćni strah, znojenje i žeđ, dijareja ili opstipacija, tremor ekstremiteta, parestezije, osjećaj slabosti. Predelirantna stanja mogu se zbrinjavati na psihijatrijskim odjelima, a razvijeno delirantno stanje trebalo bi zbrinjavati u jedinicama intenzivne skrbi neurologije i/ili interne medicine.

U kliničkoj slici delirija dominiraju dezorijentiranost u vremenu i prostoru, dok je autopsihička orijentacija očuvana; opća smetenost, inkohherentan tijek misli i govora te halucinacije i sugestibilnost. Uz to se pojavljuje tremor ekstremiteta, čak i cijelog tijela, naglašeni su i ataksija, slabost, obilno znojenje koje može dovesti do dehidracije i elektrolitnog disbalansa, strah i nemir. Poremećen je i autonomni živčani sustav, što se očituje u povišenju pulsa i tjelesne temperature.

Halucinacije u deliriju tremensu obično su vidne, iako ni slušne nisu isključene, obično u obliku akoazama (17, 18). Najčešće se radi o zoopsijama, tako da bolesnici haluciniraju male životinje („bijeke miševce“) ili insekte koji izazivaju strah. Nerijetko se uz to pojavljuju i taktilne halucinacije pa bolesnik može halucinirati da ga životinje grizu ili mu se zavlache pod kožu. U deliriju su česte i takozvane „profesionalne halucinacije“ pri kojima bolesnik može halucinirati da se nalazi na svojem radnom mjestu i obavlja uobičajene poslove.

Delirantno stanje uz adekvatnu terapiju obično traje 2 – 5 dana, a u svojem prirodnom tijeku traje od 5 do 10 dana te nakon toga završava dubokim snom iz kojeg se pacijent budi obično amnestičan za većinu događaja iz razdoblja delirija. U nekim situacijama delirij može završiti smrtnim ishodom zbog interkurentnih infekcija i popuštanja kardiovaskularnog sustava. Stopa smrtnosti kod delirija kreće se oko 20%.

Delirantnog bolesnika nužno je hospitalizirati te nadzirati vitalne funkcije i primijeniti simptomatsku terapiju u obliku nadoknade tekućine i elektrolita, vitamina B-skupine (B1, B6, B12) uz primjenu psihofarmaka. Ovisno o intenzitetu simptoma, preporučuje se uporaba benzodiazepina (diazepam, lorazepam) i antipsihotika.

Također je važno zaštititi bolesnika i okolinu od eventualnih ozljeda koje mogu nastati zbog psihomotornog nemira te je često nužno primijeniti fizičko sputavanje.

Atropinski delirij

Predoziranje antikolinergičkim sredstvima dovodi do pojave atropinskog delirija. U antikolinergička sredstva ubrajaju se biperiden, triciklici, atropin. No atropinski delirij može nastati i kao posljedica slučajnog otrovanja plodovima bunike (lat. *Hyoscyamus niger* ili *albus*). Manifestira se ovim simptomima: suha usta, povišena tjelesna temperatura, midrijaza, tahikardija, delirantna svijest, vidne halucinacije, nemir. Nakon otrovanja poremećaj traje do tjedan dana i spontano prolazi.

Za smirenje psihomotornog nemira i sedaciju preporučuju se benzodiazepini. Etiološka je terapija parenteralno davanje fizostigmina koji prolazi krvno-moždanu barijeru te uklanja centralne atropinske učinke (6).

Intoksikacija alkoholom (akutno pijano stanje)

Intenzitet kliničke slike u akutnome pijanom stanju ovisi o količini popijenog alkohola, a manifestira se psihičkim i somatskim simptomima prema stupnju akutnog pijanstva. U terapijskom pristupu preporučuje se odrediti koncentraciju alkohola u krvi, nadzirati bolesnika i spriječiti komplikacije pijanstva (hipoglikemija, hiperglikemija, aritmija srca, hipotenzija). Važno je provjeriti postoje li moguće ozljede glave ili neke druge unutarnje ozljede te postupati u skladu s njima.

Stupnjevi alkoholiziranosti:

0,5 – 1,5 g/kg – pripito stanje

1,5 – 2,5 g/kg – obično pijano stanje

2,5 – 3,5 g/kg – teško pijano stanje

> 3,5 g/kg – bolesnik je vitalno ugrožen s mogućim razvojem kome i smrti (rizik je izuzetno visok ako je koncentracija alkohola viša od 5 g/kg).

Stanja alkoholiziranosti do 2,5 g/kg mogu se zbrinjavati na psihijatrijskim odjelima, dok se sva stanja alkoholiziranosti više od te vrijednosti trebaju zbrinjavati u internističkim ili neurološkim opservacijama ili, prema potrebi, u jedinicama intenzivne skrbi.

Patološko pijano stanje

Patološko pijano stanje sumračno je stanje u osobe intoksicirane alkoholom. To je poseban oblik kompliciranog otrovanja alkoholom praćen agresivnim i nasilnim ponašanjem, što je atipično za osobu u trijeznu stanju. Patološko pijano stanje nastaje vrlo brzo nakon pijenja malih količina alkohola koje u većine ljudi ne izazivaju jaču intoksikaciju. Nakon ispijanja i malene količine alkohola dolazi do izrazitog suženja svijesti, potpunog pomračenja (sumračno stanje), javljaju se neprepoznavanje okoline, nemir, uzbuđenje, osjećaj ugroženosti i moguće agresivnosti. U takvim stanjima postoji rizik od počinjenja nasilnih i kaznenih djela te se osoba koja je počinila djelo u patološkome pijanom stanju smatra neubrojivom. Nakon epizode patološkoga pijanog stanja slijedi dugotrajan san i postoji amnezija za cijeli događaj. Patološko pijano stanje traje od nekoliko minuta do nekoliko sati (16).

Terapijski pristup uključuje davanje benzodiazepina ili sedativnih antipsihotika te privremeno fizičko sputavanje uz nadzor vitalnih funkcija.

Intoksikacije psihoaktivnim tvarima

Intoksikacija opioidima

Nakon uzimanja heroina javljaju se euforija, osjećaj potpune opuštenosti i topline, bol nestaje, kao i tjeskoba i napetost, a zatim se javlja ugodan osjećaj zadovoljstva i smirenosti. Posli-

je početne euforije koja nastaje zbog djelovanja endorfina na sustav nagrade javljaju se disforija, agitacija ili psihomotorno usporenje. Kako se ovisnost razvija, tako nestaje osjećaj ugo-

de koji ubrzo zamjenjuje neprekidna želja za heroinom. Apstinencijska kriza kod heroina javlja se već 24 – 48 sati nakon posljednje aplikacije, a karakteriziraju je pojave uznemirenosti, proljeva, grčeva u trbuhu, vrtoglavice, povraćanja, znojenja, lakrimacije, rinoreje, midrijaze, nesаницe, boli u tijelu i grčenja mišića. Ti simptomi traju od 7 do 10 dana, a kod ovisnika s duljim ovisničkim stažem mogu trajati i znatno duže. Apstinencijski simptomi u nekim slučajevima mogu završiti smrću ili samoubojstvom.

Karakteristični znakovi intoksikacije heroinom jesu: nerazumljiv govor, sužene zjenice, oštećenje pažnje i pamćenja, usporenost, dolazi do analgezije i hipoalgezije, seksualni sunagoni oslabljeni. Velika količina opijata dovodi do poremećaja svijesti, kome i smrti. U tim situacijama lijek izbora je nalokson (16). Stanja intoksikacije sa psihoaktivnim tvarima također se zbrinjavaju u jedinicama intenzivne skrbi.

Intoksikacija kanabinoidima

Nakon uzimanja kanabisa (tetrahidrokanabinol – THC) javljaju se osjećaj relaksacije, euforija, govorljivost, a zvukovi, mirisi, okusi, boje i opip intenzivnije se doživljavaju te osoba postaje sugestibilnija. Javljaju se poremećaj osjećaja za dubinu i udaljenost, kao i poremećaj osjećaja za vrijeme, što može biti opasno prilikom vožnje nakon konzumiranja kanabisa. THC obično ne izaziva snažne halucinacije, no ovisno o uzetoj količini i vrsti kanabisa i taj učinak može biti izražen. Neki korisnici nakon viših doza i u počecima uzimanja THC-a mogu doživjeti i panične napadaje te paranojne simptome.

Konzumiranje marihuane kod shizofrenih osoba može dovesti do pogoršanja simptoma bolesti, a u predisponiranih osoba i do pojave psihotičnih simptoma (16).

Intoksikacija kokainom

Uzimanje kokaina dovodi do stimulacije središnjega živčanog sustava kao posljedice blokade ponovnog unosa dopamina i povišenja njegove koncentracije u sinaptičkoj pukotini. Uzimanjem jedne doze javljaju se euforija, povećana budnost, viša koncentracija i govorljivost.

Uzimanjem viših doza mogu se pojaviti halucinatorni doživljaji i paranojne ideje.

Dugotrajnim uzimanjem dolazi do mršavljenja, anoreksije, tremora, gubitka pamćenja i volje, a može doći i do perforacije nosnog septuma kao posljedice ušmrkavanja. Ovisnici koji kokain ušmrkavaju obično imaju probleme sa sluznicom nosa pa često šmrcaju, nos im je crven, krvare iz nosa. Kokain djeluje kratko, 20 – 40 minuta, pa liječenje akutne intoksikacije obično nije potrebno, međutim, kod zahtjevnijih slučajeva mogu se intravenski davati benzodiazepini.

U tim okolnostima potreban je oprez zbog mogućeg nastanka respiratorne depresije.

Apstinencijske tegobe mogu pratiti disforija i jaka žudnja za kokainom koja može progredirati u depresiju i dovesti do pojave suicidalnih ideja (16).

Akutna psihotična reakcija

Akutna psihotična reakcija razvija se brzo kao patološko stanje u kojem dominiraju dezorganizirani misaoni tijek, poremećaj percepcije, intenzivne reakcije i ponašanje koje nije u skladu s realnošću jer bolesnikova sposobnost percepcije stvarnosti nije očuvana. Bolesnici često dolaze zbog psihomotornog nemira, halucinatornog ponašanja te agresivnog ili autoagresivnog ponašanja.

Akutno psihotičan pacijent nalaže hitnu intervenciju i terapijski pristup, primarno zbog svoje agitiranosti. Važno je postignuti fizičku sigurnost samog bolesnika, ali i njegove okoline. Ako postoji sumnja da se radi o organskom oštećenju (mozga ili drugih organskih sustava), potrebno je učiniti laboratorijsku i organsku obradu (EKG, EEG, CT) (19, 20). Akutna psihotična reakcija može se javiti u sklopu akutne shizofrene epizode, akutne manične epizode, atipične i kratke reaktivne psihoze, velike depresivne epizode sa psihotičnim simptomima, zlouporabe psihoaktivnih tvari. Također, akutna psihotična reakcija može se javiti u sklopu metaboličkih i endokrinoloških bolesti (uremija, disbalans elektrolita, bolesti štitnjače) te neuroloških bolesti (tumori mozga, vaskulitis, encefalitis).

Nužno je pristupiti liječenju psihofarmacima odmah nakon uspostavljanja dijagnoze. Sve donedavno najčešće su se rabili tipični antipsihotici, no zbog mogućih neželjenih nuspojava, a i s obzirom na to da su se na tržištu pojavili adekvatni oblici novih antipsihotika za parenteralnu aplikaciju, preporučuje se primjena tih lijekova. Također, primjena benzodiazepina, posebno onih s brzim i kratkotrajnim djelovanjem poput lorazepama (do doze 6 – 8 mg), također se preporučuje radi smirivanja bolesnika (21, 22).

Anksiozna stanja

Stanja koja se manifestiraju intenzivnom anksioznošću, strahom, panikom i različitim tjelesnim simptomima ulaze u hitna stanja u psihijatriji. Najčešće se javljaju u sklopu paničnog poremećaja s agorafobijom ili bez nje, reakcije na stres i poremećaja prilagodbe, disocijativnih/konverzivnih poremećaja, a mogu se javiti i u sklopu drugih psihijatrijskih poremećaja.

Pri procjeni je važno učiniti somatsku obradu radi isključivanja tjelesnih bolesti, uključiti farmakoterapiju, primijeniti suportivne i druge psihoterapijske tehnike. Anksiozna stanja, panični napadaj i akatizija jesu stanja koja imaju samo relativnu indikaciju za psihijatrijsko hospitalno liječenje, što primarno ovisi o njihovoj težini.

Panični napadaj

Bolesnici koji imaju panični napadaj proživljavaju intenzivne simptome koji su praćeni snažnim podražajem simpatičkog sustava, što se manifestira tahikardijom, tahipnejom, midrijazom, palpitacijom, osjećajem gušenja, otežanim disanjem, nagonom na mokrenje. Bolesnici se žale na boli u predjelu srca, imaju intenzivan strah od umiranja, gubljenja razuma itd. Liječenje akutnog stanja uključuje davanje anksiolitika ili beta-blokatora uz psihoterapijske postupke, dok se u dugoročnu terapiju uvode antidepressivi (6, 7).

Akatizija

Akatizija je stanje motornog nemira, neugodna je karakter te može dovesti do agitacije. Javlja se u početku primjene antipsihotične terapije, a najčešće se manifestira u prvih deset dana. Očituje se teškim kontroliranjem potrebe za kretanjem, nemogućnošću koncentracije i sl. Javlja se u oko 20% bolesnika na klasičnim antipsihoticima, rjeđe pri primjeni atipičnih antipsihotika. U terapiji se uz primjenu antikolinergika mogu primijeniti i beta-blokatori (npr., propranolol) te benzodiazepini u kombinaciji ili kao monoterapija, no potrebno je sniženje doze antipsihotika ili njegova zamjena (10).

Maligni neuroleptički sindrom

Maligni neuroleptički sindrom teška je komplikacija primjene psihofarmaka; smatra se da nastaje blokadom hipotalamičkih i strijatalnih dopaminskih receptora, što djeluje na termoregulaciju i mišićni spazam. Procjenjuje se da je učestalost oko 0,5% u bolesnika liječenih klasičnim antipsihoticima (posebice haloperidolom), no može se javiti i pri primjeni drugih psihofarmaka poput litija, selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SI-PPS), inhibitora monoaminooksidaze (IMAO), tricikličkih antidepressiva (TCA). Zabrinjava činjenica da je mortalitet kod klinički izraženoga malignog neuroleptičkog sindroma čak do 25% (23).

Klinička slika malignoga neuroleptičkog sindroma manifestira se hiperpireksijom, vegetativnom nestabilnošću, mišićnim rigiditetom, poremećajem svijesti, leukocitozom, rabdomiolizom i miogloburijom, povišen je serumski CPK te se bilježi povećanje jetrenih enzima.

Nužna je hospitalizacija, odnosno liječenje na intenzivnoj njezi, isključuju se antipsihotici iz terapije, bolesnik se rehidrira, ordinira se simptomatska terapija, snižava se tjelesna temperatura, korigiraju elektroliti.

U terapiji se preporučuju bromokriptin, dantrolen, levodopa, u nekim slučajevima i elektrokonvulzivna terapija (EKT). Indicirana je i primjena benzodiazepina zbog agitacije (24).

LITERATURA

1. Allen MH (ur.). Emergency Psychiatry. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC; 2007.
2. Castle M, Jones R. Acute Psychiatry. Churchill Livingstone, Elsevier Oxford; 2007.
3. Maldonado JR. Psychiatric Aspects of Critical Care Medicine: Update. Crit Care Clin 2017 Jul;XIII-XV. doi: 10.1016/j.ccc.2017.04.001.
4. Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. Drugs 2005;65:1207–22.
5. Nordstrom K, Zun LS, Wilson PW i sur. Medical Evaluation and Triage of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. West J Emerg Med 2012;13:3–10. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6863.
6. Filaković P. Urgentna psihijatrija. U: Filaković P (ur.). Psihijatrija. Studio HS Internet, Osijek; 2014, str. 476–84.
7. Hotujac LJ i sur. Psihijatrija. Medicinska naklada, Zagreb; 2006.
8. Bienvenu OJ, Neufeld KJ, Needham DM. Treatment of four psychiatric emergencies in the intensive care unit. Crit Care Med 2012;40:2662–70. doi: 10.1097/CCM.0b013e31825ae0f8.
9. Lepping P. The use of emergency psychiatric medication: a survey from 21 countries. J Clin Psychopharmacol 2013;33:240–2. doi: 10.1097/JCP.0b013e318286be11.
10. Janović Š, Bajs Janović M. Farmakoterapija hitnih stanja u psihijatriji. U: Mihajević Peleš A, Šagud M (ur.). Antipsihotici u kliničkoj praksi. Medicinska naklada, Zagreb; 2010, str. 71–79.
11. World Health Organization. Suicide Prevention. Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide-prevent/en/. Datum pristupa: 17. 7. 2017.
12. Mendez-Bustos P, Lopez-Castroman J, Baca-García E, Ceverino A. Life Cycle and Suicidal Behavior among Women. Scientific World Journal 2013;2013:485851. doi: 10.1155/2013/485851.
13. Caplan LR. Delirium: a neurologist view – the neurology of agitation and overactivity. Rev Neurol Dis 2010;7:111–18.
14. Maldonado JR. Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. Crit Care Clin 2017;33:461–519. doi: 10.1016/j.ccc.2017.03.013.
15. Tahume H, Yasugi D. How can we identify patients with delirium in the emergency department? A Review of available screening and diagnostic tools. Am J Emerg Med 2017;S0735–6757(17)30407–2. doi: 10.1016/j.ajem.2017.05.026.
16. Degmečić D, Kovač V. Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom psihoaktivnih tvari. U: Filaković P (ur.). Psihijatrija. Studio HS Internet, Osijek; 2014, str. 263–286.
17. Degmečić D. Halucinacije. Medicinska naklada, Zagreb; 2012.
18. Degmečić D. Poremećaji psihičkih funkcija. U: Filaković P (ur.). Psihijatrija. Studio HS Internet, Osijek; 2014, str. 129–148.
19. Mavrogiorgou P, Brune M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. Dtsch Arztebl Int 2011;108:222–30. doi: 10.3238/arztebl.2011.0222.
20. Passamar M, Tellier O, Vilamont B. Psychomotor agitation, pharmaceutical sedation and psychiatric emergency in psychotic patients. Encephale 2011;37:448–56. doi: 10.1016/j.encep.2011.10.001.
21. Thomas P, Alptekin K, Gheorghe M i sur. Management of patients presenting with acute psychotic episodes of schizophrenia. CNS Drugs 2009;23:193–212. doi: 10.2165/00023210-200923030-00002.
22. Naumann U, Mavrogiorgou P, Pajonk FG, Juckel G. The emergency treatment of the psychotic patient. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2012;47:382–90. doi: 10.1055/s-0032-1316479.
23. Gurrera RJ, Caroff SN, Cohen A i sur. An international consensus study of neuroleptic malignant syndrome diagnostic criteria using the Delphi method. J Clin Psychiatry 2011;72:1222–28. doi: 10.4088/JCP.10m06438.
24. Glick RL, Berlin JS, Fishkind AB, Zeller SL. Emergency Psychiatry: Principles and Practice. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prof. dr. sc. Dunja Degmečić, dr. med.
Klinika za psihijatriju, KBC Osijek
J. Huttlera 4, 31000 Osijek
e-mail: ddegmecic@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

22. 6. 2017./June 22, 2017

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

1. 7. 2017./July 1, 2017

